

# P a t i e n t e n v e r f ü g u n g

Name, Vorname: \_\_\_\_\_

Geburtsdatum: \_\_\_\_\_

Heimatort: \_\_\_\_\_

Wohnadresse: \_\_\_\_\_

Falls ich infolge Alter und Krankheit nicht mehr in der Lage bin, urteils- und entscheidungsfähig meinen Willen mitzuteilen, verfüge ich Folgendes:

## **Lebensverlängernde Massnahmen, Entbinden vom Patienten- und Arztgeheimnis**

### Grundsatz:

Ich möchte am Ende meines Lebens nicht künstlich am Leben erhalten werden, wenn keine Hoffnung auf Besserung meines Zustandes besteht, oder wenn eine schwere Dauerschädigung des Gehirns eingetreten ist. Sofern medizinische Massnahmen nur mein Leiden oder Sterben verlängern sollte, verweigere ich meine Zustimmung zu ärztlichen Eingriffen, wie z.B. Reanimation, künstliche Ernährung und andere lebensverlängernde Massnahmen. Die Ärzteschaft sollte sich darauf beschränken, mein Leiden zu lindern. Ich verlange eine ausreichende Linderung von Schmerzen, auch wenn das meinen Tod beschleunigen sollte.

### Entscheidüberlassung:

Unter Beachtung des obigen Grundsatzes überlasse ich im Weiteren weitere Entscheidungen folgender Vertrauensperson:

\_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnadresse)

und im Verhinderungsfall (in der Reihenfolge ihrer Aufzählung):

1. \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnadresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnadresse)

3. \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnadresse)

4. \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnadresse)

### Entbinden vom Patienten- und Arztgeheimnis

Alle oben aufgeführten Personen sind berechtigt, von den Ärzten und Dienststellen Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erhalten. Ich entbinde die Ärzteschaft und das Pflegepersonal ihnen gegenüber von der Schweigepflicht.

Zusätzlich sind folgende Personen berechtigt, von den Ärzten und Dienststellen Auskunft über meinen Gesundheitszustand zu erhalten; ich entbinde die Ärzteschaft und das Pflegepersonal auch ihnen gegenüber von der Schweigepflicht:

1. \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnadresse)

2. \_\_\_\_\_  
(Vorname, Name, Geburtsdatum, Wohnadresse)

**Organspende** (Zutreffendes ankreuzen)

Ich möchte meine Organe spenden und gestatte die Entnahme jeglicher Organe, Gewebe und Zellen sowie die Durchführung der vorbereitenden medizinischen Massnahmen, die im Hinblick auf die Organspende notwendig sind.

Ich gestatte nur die Entnahme von folgenden Organen:

\_\_\_\_\_

Folgende Vertrauensperson soll entscheiden, welche Organe von mir entnommen werden dürfen:

\_\_\_\_\_

Ich untersage die Entnahme irgendwelcher Organe.

**Weitere Anordnungen** (z.B. Ablehnung bestimmter Behandlungsmethoden)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(Ort, Datum)

\_\_\_\_\_  
(Unterschrift)

(Empfehlung: Bei unveränderter Beibehaltung sollte die Patientenverfügung auf der Rückseite regelmässig [z.B. alle zwei Jahre] schriftlich bestätigt werden. Beispiel:  
„Die vorstehende Patientenverfügung ist nachwievor mit den vorstehenden Anordnungen gültig.“  
Ort, Datum, Unterschrift)